

Ethics support in elderly care : developments and specific needs for ethics support, and an evaluation of Moral Case Deliberation in two Dutch elderly care organizations

Citation for published version (APA):

van der Dam, S. (2012). *Ethics support in elderly care : developments and specific needs for ethics support, and an evaluation of Moral Case Deliberation in two Dutch elderly care organizations*. [Doctoral Thesis, Maastricht University]. Datawyse / Universitaire Pers Maastricht.
<https://doi.org/10.26481/dis.20121205sd>

Document status and date:

Published: 01/01/2012

DOI:

[10.26481/dis.20121205sd](https://doi.org/10.26481/dis.20121205sd)

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

Download date: 05 May. 2023

Summary

In the Netherlands, about 4,5% of the 2,6 million people over the age of 65 live in a residential institution for elderly care, either a care home (for assistance with ADL and social activities) or a nursing home (for more intensive or complex care and treatment). Daily care in care homes and nursing homes is provided by nurses and nursing aides.

The importance of ethics support in elderly care has been stressed in the literature. Professionals in elderly care have to deal with conflicting interests, difficult behavior, limited resources and social problems between residents who did not choose to live together, causing feelings of moral distress. In the Netherlands, the Ministry of Health, Welfare and Sport acknowledged that ‘making explicit the ethical aspects of working in health care – from nursing assistant to manager – will make an important contribution to the quality of care and a respectful treatment of patients or clients’. Moral case deliberation (MCD) was presented by the Ministry as an ‘instrument that can be used to recognize dilemmas and to notice the underlying values’, in order to improve the quality of care.

This thesis consists of two parts. Part 1 deals with ethics support in elderly care in general, part 2 concentrates on the evaluation of an MCD project in two Dutch elderly care organizations.

PART 1

The first part of this thesis (chapters 2 and 3) explored the field of ethics support in elderly care from an international perspective and investigated the specific needs for ethics support in elderly care in the Dutch context.s

CHAPTER 1

This chapter provides a general introduction to the thesis. It describes the background and developments of ethics support and MCD and it presents the main research question of the thesis.

Ethics support, often delivered through clinical ethics support services (CESS), aims to support health care professionals in their provision of high quality care and in dealing with ethical problems in daily practice. In institutional elderly care, clinical ethics supports services have started in the 1970s. In the Netherlands, the most popular type of ethics support is the Clinical ethics committee (CEC), but other ethics support forms have also been developed. Today, in the Netherlands 15% of the elderly care organizations do not have any form of ethics support. The past decade the Dutch government has supported the development and implementation of MCD in care organizations in order to improve the quality of care. This thesis places the developments with respect to MCD and ethics support in Dutch elderly care in an international perspective.

The main research question was: What are the needs for ethics support in residential elderly care, and how can MCD meet those needs and provide a space for care workers to address ethical issues and emotional challenges to realize good care?

CHAPTER 2

This chapter presents an overview of the ethics support mechanisms that have been developed internationally. A review of the literature was performed in three electronic databases (Pubmed, CINAHL/PsycINFO, Ethxweb). Sixty papers were included in the review. The ethics support mechanisms are classified in four categories: institutional bodies (ethics committee and consultation team); frameworks; educational programs and moral case deliberation; and, written documents and policies. For each category the goals, methods and ways of organizing are described. Ethics support often serves several goals and can be targeted at more than one level: the case, the professional or the organization.

Over the past decades a number of changes have taken place in the development of ethics support in elderly care. Considering the goals, ethics support has become more outreaching and pro-active, aiming to qualify professionals and to integrate ethics in daily decision making processes. The spectrum of methods in ethics support has become more diverse and better adapted to the concrete learning style of the nursing staff and more focused on everyday ethical issues. Ethics support has become less centrally organized and more connected to the organizational context. Clarity on the theoretical underpinnings of ethics support and transparency about design, data collection and analysis of empirical research are needed in the future in order to assess and compare the actual contribution of each kind of ethics support service to the quality of care in elderly care.

CHAPTER 3

This chapter systematically investigates the specific needs for ethics support in elderly care using a mixed-methods design. The findings of two surveys, two focus groups and 17 interviews demonstrate that the availability of ethics support is limited in the Netherlands. There is a need for ethics support, albeit not unconditionally. The kinds of ethical issues that health care professionals experience and the characteristics of these caregivers create a specific need for ethics support in elderly care. Advice-based forms of ethics support are less appropriate as they are removed from practice. Instead, ethics support should be integrated in daily practice and tailored to the often mundane and easily overlooked moral issues that arise in long-term care. Attention should also be given to the concrete learning styles of nurses who favor experiential learning. Traditional ethics support, such as the CEC, does not match well with these learning styles and the need for collective learning. Raising awareness and developing a climate of openness and dialogue are the most suitable ways to deal with the mundane moral issues in elderly care.

PART 2

The second part (chapters 4 to 6) evaluated one specific form of ethics support, MCD, which was implemented in two Dutch elderly care organizations. In MCD, health care professionals meet to reflect and deliberate on ethical questions and dilemmas they experience in their own work. Starting point for the deliberation is a concrete case, in which at least the case-presenter, but sometimes the whole group, is involved. In a dialogue, structured by a conversation method and under the guidance of a facilitator, participants analyze the case by exploring the perspectives, values and norms of the stakeholders involved in the case and the participants present in the deliberation. Our MCD projects are based on a dialogical-hermeneutical approach which focuses on concrete experiences and is based on the assumption that ethics and morality start with actual experience, not with theories or concepts. The role of the ethicist or trained moderator in MCD is that of a facilitator, not an expert or consultant.

CHAPTER 4

This chapter presents an overview of the ethical issues that were brought forward by participants of the MCD projects in two Dutch elderly care organizations. The overview was inductively derived from all case descriptions (N=202) provided by participants of seven mixed MCD groups, consisting of care providers from various professional backgrounds, from nursing assistant to physician. Analysis of the case descriptions pointed out that health care professionals in elderly care confront a wide variety of mainly everyday ethical issues. We distinguished three main categories: 'resident's behavior', 'divergent perspectives on good care' and 'organizational context'. Our research pointed out that the moral diversity in perspectives can be a source for moral distress. The presented overview can be used as an initial framework for agenda setting when institutions wish to stimulate ethical reflection and deliberation. In order to create commitment and tune in on the specific issues arising in a certain context it is important that an agenda is constructed bottom-up and open to a variety of ethical issues. In addition, organizing reflection and deliberation requires effort to identify moral questions in practice whilst at the same time maintaining the connection with the organizational context and existing communication structures. Such connection is needed to prevent ad hoc solutions, and to learn from and translate cases into policy measures.

CHAPTER 5

This chapter focuses on the implementation of MCD in nursing homes and the questions how and where to organize MCD. The purpose of this study was to evaluate one way of organizing MCD in two Dutch nursing homes. In both of these nursing homes the MCD groups had a heterogeneous composition and were organized apart from existing institutional communication structures. As part of a naturalistic evaluation systematic observations, interviews and focus groups were completed. The findings

indicate that the heterogeneous composition and MCD meetings separately from existing structures have benefits (e.g. a broadening of horizons, enriched moral inquiry, and safety and openness). However, the participants also reported negative experiences (e.g. differences in involvement and competence, distance from practice, and a gap with the rest of the team). This gives rise to the question whether a mixed MCD group which meets separately is an effective way to embed MCD as an instrument for reflection on moral issues in daily practice. A successful implementation may require a start of MCD in the protected environment of a mixed group of enthusiastic pioneers, it certainly requires support from the management and an investment of enough time and money to give professionals throughout the institution the chance of gaining experience with MCD, and to integrate MCD in existing communication structures.

CHAPTER 6

This chapter aims to evaluate the process of implementation of MCD focusing on the learning experiences of care workers over time. The article is grounded in a naturalistic evaluation of the implementation of MCD in two elderly care institutions. Methods included interviews, participant observations and focus groups. Before the start of the MCD groups there was ambiguity towards ethical reflection and deliberation. Next to hopes and expectations, relating to an expected and wished-for increase of moral awareness and relief of moral distress, employees expressed doubts about the usefulness and benefits of MCD. Staff also questioned the appropriateness of MCD for nurses and care assistants, and they perceived organizational impediments. Gaining experience with MCD brought about a learning process in which both the learning of competence for ethical reflection and deliberation (e.g. an exploratory attitude) and experiencing the benefits (e.g. relief of moral distress) were key elements. We conclude that doing ethics is the best way to intrinsically motivate practitioners to engage in moral deliberations on the work floor. Gaining practical experience should be explicitly stimulated bottom-up and facilitated top-down.

CHAPTER 7

This chapter discusses the main findings of the above described studies. With respect to the main research question, we conclude that MCD can meet the specific needs for ethics support in elderly care in a number of ways. In the first place, MCD can offer a recognizable space within the institution where the moral dimension of care is made explicit and where employees are enabled to deliberate on their ethical issues. MCD can offer safety and openness for health care professionals to engage in a dialogue and to acquire the competence needed for this. MCD creates a conversational space to address a multiplicity of perspectives on good care, to explore underlying values and to create mutual understanding. It also gives voice to care givers and nursing aids, who often feel that their perspective is left out. Furthermore, MCD might prevent routine ways of working by triggering caregivers to examine an ethical issue from a different, new point

of view. The guidance of a facilitator and the use of a conversation method help to structure the conversation and to keep the focus on the moral dimension. In the second place, MCD strongly connects to what is going on at the work floor by taking the experiences of health care professionals as a starting point and aiming at the development of health care worker's *phronesis*.

Our findings offer future directions and challenges for practice and research. With respect to education and practice it is important that health care professionals already become trained in engaging in reflection and deliberation during their education. Practicing MCD at school may strengthen the moral competence of students. Considering the concrete learning style of, in particular, nursing aides, it is recommended to combine forms of ethics support that focus on ethical reflection and deliberation with other interactive and embodied forms of ethics support, such as simulations where care workers are actually experiencing themselves what it means to be a resident and dependent on the care of others.

However, MCD should not exclusively focus on care assistants and nurses, but should involve all layers and stakeholders of the organization to create a more ethically-responsive culture within the institution. In addition, the residents and their families should be more actively involved in deliberation to exemplify the meaning of ethical issues from their perspectives. Further and future research is needed with respect to what MCD can mean for professionals who work in the secondary care processes and for residents and their families. Also, future research is needed to systematically investigate the way(s) in which MCD has an effect on moral distress of staff and the well-being of residents and their families. In the light of the developments regarding extramuralisation elderly care, research is needed into the possibilities to organize ethics support in home care.

Samenvatting

Momenteel wonen in Nederland ongeveer 2,6 miljoen 65-plussers. Ongeveer 4,5% van hen woont in een residentiële instelling voor ouderenzorg, ofwel een verzorgingshuis (voor hulp bij ADL en sociale activiteiten) of een verpleeghuis (voor meer intensieve of complexe zorg en behandeling). De dagelijkse zorg in verzorgings- en verpleeghuizen wordt geleverd door verzorgenden en verpleegkundigen.

Het belang van ethiekondersteuning in de ouderenzorg wordt onderstreept in de literatuur. Professionals in de ouderenzorg hebben te maken met tegenstrijdige belangen, beperkte middelen, 'lastig' gedrag en sociale problemen tussen bewoners onderling. Dergelijke lastige situaties kunnen morele stress en emotionele problemen veroorzaken. Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) erkent dat 'het expliciet maken van de ethische aspecten van het werken in de zorg in alle lagen van de organisatie – van ziekenverzorgenden tot en met manager – een belangrijke bijdrage levert aan de kwaliteit van het handelen, en aan een respectvolle bejegening van patiënten en cliënten.' Moreel Beraad (MB) wordt door het Ministerie gezien als 'een voorbeeld van een instrument dat ingezet kan worden om die verschillende dilemma's te erkennen en de onderliggende waarden te benoemen. Op die manier kunnen zorgverleners, managers en andere betrokkenen binnen kaders ethisch reflecteren op een onderwerp als bejegening van patiënten en cliënten. Het nut en de noodzaak om binnen instellingen met elkaar in gesprek te gaan over meer en minder dagelijkse morele dilemma's blijken in de praktijk aanwezig.'

Dit proefschrift bestaat uit twee delen. Deel 1 gaat over ethiekondersteuning in de ouderenzorg in het algemeen, deel 2 richt zich op de evaluatie van een MB project in twee Nederlandse ouderenzorg organisaties.

DEEL 1

Het eerste deel van dit proefschrift (hoofdstukken 2 en 3) gaat in op ethiekondersteuning in de ouderenzorg vanuit een internationaal perspectief en de specifieke behoeften aan ethiekondersteuning in de ouderenzorg in de Nederlandse context.

HOOFDSTUK 1

Dit hoofdstuk geeft een algemene inleiding op het proefschrift. Het beschrijft de achtergrond en ontwikkeling van ethiekondersteuning en MB en sluit af met de centrale onderzoeksvraag van dit proefschrift.

Ethiekondersteuning heeft tot doel professionals in de gezondheidszorg te ondersteunen in het aanbieden van kwalitatief hoogwaardige zorg en in het omgaan met ethische problemen in de dagelijkse praktijk. In de institutionele ouderenzorg, is ethiekondersteuning ontstaan in de jaren zeventig. De meest populaire vorm hiervan in Nederland is de ethische commissie (EC), maar in de loop van de tijd zijn ook andere vormen van ethiekondersteuning ontwikkeld. Vandaag de dag, heeft ongeveer 15% van de ouderenzorg instellingen in Nederland geen enkele vorm van ethiekondersteuning.

Het afgelopen decennium heeft het Ministerie van VWS de ontwikkeling en implementatie van MB in zorgorganisaties gesteund om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Dit proefschrift plaatst de ontwikkelingen met betrekking tot MB en ethiekondersteuning in de Nederlandse ouderenzorg in een internationaal perspectief.

De centrale onderzoeksvraag luidt: Wat zijn de behoeften aan ethiekondersteuning in de residentiële ouderenzorg, en hoe kan MB aan deze behoeften tegemoet komen en ruimte bieden aan hulpverleners om ethische kwesties en emotionele problemen aan te pakken teneinde goede zorg te realiseren?

HOOFDSTUK 2

Dit hoofdstuk geeft een overzicht van de vormen van ethiekondersteuning die internationaal zijn ontwikkeld. Een literatuurstudie (review) werd uitgevoerd in drie elektronische databases (Pubmed, CINAHL / PsycINFO, Ethxweb). Zestig publicaties werden opgenomen in de review. De vormen van ethiekondersteuning zijn ingedeeld in vier categorieën: ‘institutionele organen’ (ethische commissie en consult team); ‘stappenplannen’; ‘educatieve programma's en MB’, en, ‘protocollen en beleid’. Voor elke categorie zijn de doelen, methoden en organisatiewijzen beschreven. Ethiekondersteuning dient meestal verschillende doelen en richt zich op meerdere niveaus: de casus, de professional of de organisatie.

In de afgelopen decennia heeft een aantal veranderingen plaatsgevonden in de ontwikkeling van ethiekondersteuning in de ouderenzorg. Ten aanzien van de doelstellingen is ethiekondersteuning meer outreachend en pro-actief geworden, om zorgverleners beter te kwalificeren en om ethiek te integreren in de dagelijkse praktijk. Het spectrum van methoden in de ethiekondersteuning is diverser geworden en beter afgestemd op de concrete leerstijl van het verplegend personeel en meer gericht op de alledaagse ethische kwesties. Ethiekondersteuning wordt minder vaak centraal georganiseerd en meer verbonden met de organisatorische context. Helderheid over de theoretische achtergronden van ethiekondersteuning en transparantie over het design, data verzameling en analyse van empirisch onderzoek is nodig om in de toekomst te kunnen beoordelen en vergelijken wat de daadwerkelijke bijdrage van elke vorm van ethiekondersteuning is aan de kwaliteit van de ouderenzorg.

HOOFDSTUK 3

Dit hoofdstuk gaat in op de specifieke behoeften aan ethiekondersteuning in de ouderenzorg, die zijn onderzocht met behulp van een *mixed-methods* design. De bevindingen van twee verschillende enquêtes, twee focusgroepen en 17 interviews tonen onder meer aan dat de beschikbaarheid van ethiekondersteuning beperkt is in Nederland. Er is weliswaar behoefte aan ethiekondersteuning, zij het niet onvoorwaardelijk. De typen ethische kwesties waarmee zorgverleners worden geconfronteerd in hun werk en de kenmerken van deze zorgverleners, creëren een specifieke behoefte aan ondersteuning in de ouderenzorg. Vormen van ethiekondersteuning die gebaseerd zijn op advies van

experts, zijn minder geschikt vanwege de afstand tot de dagelijkse praktijk. In plaats daarvan moet de ethiekondersteuning worden geïntegreerd in die dagelijkse praktijk en toegerust zijn op de vaak alledaagse ethische kwesties, die talrijk zijn in de ouderenzorg, maar ook gemakkelijk over het hoofd worden gezien. Ook moet aandacht worden besteed aan de concrete leerstijlen van zorgverleners die doorgaans vooral door ervaring leren. Traditionele vormen van ethiekondersteuning, zoals de ethische commissie, sluiten niet goed aan bij deze leerstijl en de behoefte aan collectief leren. Bewustwording en het ontwikkelen van een klimaat van openheid en dialoog zijn de meest geschikte manieren om het omgaan met alledaagse ethische kwesties in de ouderenzorg te bevorderen.

DEEL 2

Het tweede deel van dit proefschrift (hoofdstukken 4 tot en met 6) betreft de evaluatie van de implementatie van één specifieke vorm van ethiekondersteuning, Moreel Beraad (MB), in twee Nederlandse ouderenzorg organisaties. Een MB is een bijeenkomst waarin zorgverleners op een systematische manier gezamenlijk reflecteren op ethische vragen en dilemma's die zij ervaren in hun eigen werk. Uitgangspunt voor het MB is een concrete casus, waarbij ten minste de casus-inbrenger, maar soms ook de hele groep, betrokken is. In een dialoog, onder leiding van een gespreksleider en gestructureerd met behulp van een gespreksmethode, analyseren de deelnemers de casus. Ze verkennen de perspectieven, waarden en normen van de stakeholders die betrokken zijn bij de casus en van de aanwezige deelnemers aan het MB. Onze MB projecten zijn gebaseerd op een dialogische-hermeneutische benadering die uitgaat van concrete ervaringen en de veronderstelling dat ethiek en moraal beginnen met de werkelijke ervaring, en niet met theorieën of concepten. De rol van de ethicus of getrainde gespreksleider in het MB is die van een facilitator, niet die een expert of consultant.

HOOFDSTUK 4

Dit hoofdstuk geeft een overzicht van de ethische kwesties die naar voren werden gebracht door de deelnemers van de MB projecten in twee Nederlandse ouderenzorg organisaties. Het overzicht is op een inductieve manier verkregen uit alle casusbeschrijvingen (N = 202) die door de deelnemers van de zeven gemengde MB groepen, bestaande uit zorgverleners met verschillende professionele achtergronden (van verzorgende tot arts) zijn aangeleverd. De analyse van de casusbeschrijvingen wijst uit dat zorgverleners in de ouderenzorg een breed scala aan voornamelijk alledaagse ethische kwesties tegenkomen. We onderscheiden drie domeinen: 'gedrag van de bewoner', 'uiteenlopende perspectieven op goede zorg', en 'de organisatorische context'. Uit ons onderzoek blijkt dat morele diversiteit een bron van morele stress kan zijn. Het gepresenteerde overzicht kan worden gebruikt als een kader bij het agenderen van ethische reflectie en overleg in instellingen die dit willen stimuleren. Voor het genereren van

betrokkenheid en afstemming op de specifieke problemen die zich in een bepaalde context voordoen, is het belangrijk dat een dergelijke agenda bottom-up in de organisatie wordt geconstrueerd en open staat voor een verscheidenheid aan ethische kwesties. Daarnaast vergt het organiseren van reflectie en overleg inspanning om morele vraagstukken in de dagelijkse praktijk te herkennen, terwijl tegelijkertijd de verbinding moet worden gezocht met de organisatorische context en de bestaande communicatiestructuren. Dit is nodig om ad hoc oplossingen te voorkomen, en om te leren van casussen en deze te vertalen in beleid.

HOOFDSTUK 5

Dit hoofdstuk evalueert de implementatie van MB in twee Nederlandse verpleeghuizen met als centrale vragen hoe en waar MB te organiseren. In beide verpleeghuizen hadden de MB groepen een heterogene samenstelling en werden zij georganiseerd buiten de bestaande institutionele communicatiestructuren. Als onderdeel van een naturalistische evaluatie werden observaties, interviews en focusgroepen uitgevoerd. De bevindingen wijzen erop dat de heterogene samenstelling en het organiseren van MB bijeenkomsten buiten bestaande communicatiestructuren voordelen hebben (zoals een horizon verbreding, verrijking van het morele onderzoek, en veiligheid en openheid). Echter, de deelnemers ervoeren ook nadelen hiervan (zoals verschillen in betrokkenheid en competentie, afstand tot de praktijk, en een kloof met de rest van het team). Dit geeft aanleiding tot de vraag of een gemengde MB groep die los van bestaande communicatiestructuren wordt georganiseerd, voldoet als manier om MB in te bedden als instrument voor reflectie op ethische kwesties in de dagelijkse praktijk. De beschermende omgeving van een gemengde groep van enthousiaste pioniers mag dan een stimulans vormen voor een succesvolle implementatie van MB, onontbeerlijk zijn de steun van het management en het vrijmaken van voldoende tijd en geld om professionals binnen de instelling de kans te geven om ervaring op te doen met MB en ethische reflectie te integreren in bestaande communicatiestructuren.

HOOFDSTUK 6

In dit hoofdstuk wordt het implementatieproces van MB geëvalueerd met een focus op de leerervaringen van de deelnemers door de tijd heen. Het hoofdstuk is gebaseerd op een naturalistische evaluatie van de MB projecten in beide ouderenzorg organisaties, met interviews, participerende observaties en focusgroepen als onderzoeksmethoden. Voor de start van de MB groepen was er sprake van ambivalentie ten opzichte van ethische reflectie en overleg. Naast hoop en verwachtingen ten aanzien van morele bewustwording en verminderen van morele stress, uitten medewerkers ook twijfels over het nut en de meerwaarde van MB. Er werden vraagtekens geplaatst bij de geschiktheid van MB voor verzorgenden en men zag organisatorische belemmeringen. Het opdoen van ervaring met MB leidde tot een leerproces waarin zowel het ontwikkelen van competenties voor ethische reflectie en overleg (bijvoorbeeld een onderzoekende houding)

als het ervaren van de voordelen (bijv. verlichting van morele stress) kernelementen waren. De conclusie is dat het *doen* van ethiek de beste manier is om medewerkers intrinsiek te motiveren om deel te nemen aan MB op de werkvloer. Het opdoen van praktijkervaring met MB zou expliciet bottom-up moeten worden gestimuleerd en top-down gefaciliteerd.

HOOFDSTUK 7

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste bevindingen van de hierboven beschreven studies op een rij gezet. Met betrekking tot de centrale onderzoeksvraag, kunnen we concluderen dat MB op verschillende manieren tegemoet kan komen aan de specifieke behoeften voor ethiekondersteuning in de ouderenzorg. In de eerste plaats, kan MB herkenbare ruimte bieden binnen zorginstellingen, waar de morele dimensie van de zorg expliciet benoemd wordt en waar werknemers in staat worden gesteld om te reflecteren en delibereren over hun ethische kwesties. MB kan veiligheid en openheid bieden zodat zorgprofessionals in dialoog kunnen gaan en de daarvoor benodigde competenties kunnen ontwikkelen. MB zorgt voor ruimte om met elkaar te spreken over de perspectieven op goede zorg, om de onderliggende waarden te verkennen en om wederzijds begrip te creëren. MB geeft ook een stem aan verzorgenden, wiens perspectief soms niet gehoord wordt. Bovendien kan door MB routinematig werken worden voorkomen, doordat zorgverleners worden uitgedaagd om ethische kwesties vanuit andere, nieuwe perspectieven te verkennen. Begeleiding door een gespreksleider en het hanteren van een gespreksmethode helpen om het beraad te structureren en om de focus op de morele dimensie te houden. In de tweede plaats, is MB sterk verbonden met wat er gaande is op de werkvloer doordat MB de ervaringen van de zorgverleners als uitgangspunt neemt en het ontwikkelen van *phronesis* bij de zorgverleners zelf tot doel heeft.

Onze bevindingen bieden handreikingen voor toekomstige ontwikkelingen voor zowel praktijk als onderzoek. Met betrekking tot educatie en praktijk is het van belang dat professionals in de gezondheidszorg al tijdens hun opleiding worden getraind in reflectie en overleg. Oefenen met MB in onderwijssituaties kan bijdragen aan het ontwikkelen van morele competenties van studenten. Gezien de concrete leerstijl van, in het bijzonder verzorgenden, is het raadzaam om vormen van ethiekondersteuning die zich richten op ethische reflectie en overleg te combineren met andere interactieve en belichaamde vormen van ethiekondersteuning, zoals simulaties waarbij zorgverleners zelf ervaren wat het betekent om een bewoner te zijn en afhankelijk van de zorg van anderen.

Er moet echter voor gewaakt worden dat MB zich niet uitsluitend richt op verzorgenden, maar op alle lagen en belanghebbenden in de organisatie, zodat een meer ethisch-responsieve cultuur tot stand wordt gebracht binnen de instelling. Daarnaast zouden bewoners en hun familieleden actiever betrokken moeten worden bij overleg om ethische vraagstukken vanuit hun perspectief te illustreren. Toekomstig onderzoek is nodig met betrekking tot wat MB kan betekenen voor medewerkers die werkzaam zijn in het secundaire zorgproces en voor de bewoners en hun families. Ook is verder

onderzoek nodig om systematisch in beeld te brengen op welke manier (en) MB effect heeft op het ervaren van morele stress door medewerkers en op het welzijn van de bewoners en hun familie. In het licht van de ontwikkelingen op het gebied van extramuralisering van de ouderenzorg, is onderzoek nodig naar de mogelijkheden om ethiekondersteuning in de thuiszorg te organiseren.